CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PACHYVAGINALITE

ET

de son Traitement par la Castration

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... Doyen
FORGUE..... Assesseur

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
— — M. Puech. (ch. du cours).	
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	H. BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), BERTIN-SANS (✻)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VEDEL, agrégé.
Pathologie externe.....	L. IMBERT, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. L. IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
de ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL
PUECH	VIRES	

M. H. GOT, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :
MM. FORGUE, *président.*
ESTOR.
L. IMBERT.
JEANBRAU.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

N° 4

6

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PACHYVAGINALITE

(HÉMATOCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE)

ET

de son Traitement par la Castration

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 18 NOVEMBRE 1902

PAR

Eugène VORBE

Né à Fondremand (Haute-Saône)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1902

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de profonde reconnaissance.

E. VORBE.

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

E. VORBE.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. IMBERT

E. VORBE.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre travail, nous croyons de notre devoir de jeter un coup d'œil en arrière sur nos années d'études.

Nous nous rappelons avec reconnaissance de nos premiers maîtres de l'École de Besançon, qui furent nos initiateurs, et nous les remercions.

Nous remercions également nos maîtres de Montpellier, si dévoués à nous faire comprendre les secrets de leur science.

Que M. le professeur Carrieu veuille bien accepter l'hommage reconnaissant d'un de ses élèves. Il fut, pour nous, plus qu'un maître, il fut un ami qui soutient dans la lutte.

M. le professeur Forgue a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait.

Nos meilleurs remerciements à M. le professeur agrégé L. Imbert qui fut l'instigateur de ce travail et nous communi-

qua notre observation principale; avec dévouement il est toujours resté à notre disposition et nous a aidé de ses conseils.

Nous envoyons enfin un tribut de reconnaissance à MM. les docteurs Urpar, Talon et Morizot qui se sont intéressés à nous lors de notre passage à l'hôpital d'Arles.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PACHYVAGINALITE

(Hématocèle de la tunique vaginale)

ET

DE SON TRAITEMENT PAR LA CASTRATION

INTRODUCTION. — HISTORIQUE

Les anciens définissaient l'hématocèle un épanchement de sang à l'intérieur de la tunique vaginale.

Cet épanchement, Cooper l'attribuait à l'altération de la constitution; Boyer, à la dyscrasie sanguine, tandis que Pott n'y voyait que l'effet de la ponction des bourses. D'autres encore en recherchaient la cause dans les efforts musculaires et et dans des modifications de la pression sanguine au cours des maladies du foie, des reins, des poumons.

Mais cependant, Cooper, Boyer et Pott avaient déjà observé qu'un sac fibreux enveloppait ce contenu hémorragique.

Velpeau, le premier, chercha à donner une explication de ce fait. Il considéra l'épaississement de la vaginale comme la conséquence du dépôt de la fibrine du sang répandu dans la cavité; il y ajoutait l'exsudation de lymphe plastique.

Cloquet parla en outre dans sa thèse inaugurale (1846) du rôle joué par la réaction inflammatoire de la séreuse irritée par le sang; lui encore faisait passer l'hémorragie avant la lésion de la séreuse.

Cependant Calmeil et Cruveilhier avaient déjà montré que les hémorragies des cavités séreuses sont des hémorragies secondaires et que c'est la sérite qui est primitive.

C'est à Gosselin que revient l'honneur d'avoir le premier appliqué cette théorie de la sérite précédant l'hémorragie à l'interprétation des lésions de l'hématocèle.

Et depuis, cette idée, consacrée par Jamain dans sa thèse d'agrégation (1853), a fait foi.

Quelques années plus tard, Trousseau démontrait d'ailleurs la résorption rapide du sang dans une muqueuse saine. Depuis lors une foule d'expérimentateurs, Vulpian, Laborde, Arloing, Tripier, Livon, Toussaint, apportent à la défense de cette thèse le témoignage du laboratoire.

Ce n'est plus l'épanchement sanguin qui est regardé comme le fait capital de la maladie, et, si l'on s'en préoccupe encore, c'est pour chercher la cause qui a pu provoquer la rupture des vaisseaux des néomembranes, aboutissant de la vaginalite chronique. Pour mieux mettre en relief cette lésion primitive de la vaginale, Reclus change ce nom d'hématocèle en celui de pachyvaginalite, substituant une appellation anatomique à une appellation symptomatique.

D'ailleurs, quand il fut établi que la maladie était avant tout une vaginalite, on remarqua que l'épanchement sanguin pouvait manquer et que la cavité vaginale pouvait ne renfermer qu'un liquide séreux. Le mot d'hématocèle devait donc être pour cela encore supprimé, puisque certains cas, pourtant similaires comme lésion, ne rentraient pas sous cette étiquette sans contradiction.

Une troisième raison militait en faveur de l'adoption de ce

nouveau terme de pachyvaginalite : il rapprochait la séreuse vaginale des autres séreuses ; il montrait que pour des tissus de même conformation anatomique la lésion est similaire, quel que soit le point du corps qu'ils occupent. Nous avions la pachyméningite ; par similitude, Reclus faisait la pachyvaginalite.

Malgré toutes ces raisons, ce mot n'a pas fait fortune.

Tous les auteurs s'accordent à dire que c'est là le terme juste ; tous rejettent en principe le mot d'hématocèle, mais ils le gardent en pratique. Pour nous, nous adoptons complètement la désignation de Reclus, ainsi que l'indique le titre même de notre travail.

Qu'est ce donc que nous entendons par pachyvaginalite ?

Nous nous rangeons absolument à la définition que Sébileau en donne dans le Traité de Delbet et Le Dentu, au début du chapitre intitulé « Pachyvaginalite ».

« La pachyvaginalite, dit-il, est le dernier terme de l'inflammation chronique de la vaginale. La pathogénie de la pachyvaginalite ne diffère en rien de la pathogénie de la vaginalite plastique ; seulement, de même que la vaginalite plastique, laquelle n'est que le premier degré de la pachyvaginalite, se présente le plus souvent, quand elle n'affecte pas la forme adhésive, avec un épanchement séreux (vaginalite séreuse), de même la pachyvaginalite s'accompagne ordinairement d'un épanchement sanguin (vaginalite hémorragique). »

Signalant seulement pour mémoire qu'il y a des cas où l'hématome manque, nous nous arrêterons surtout aux cas ordinaires avec hémorragie.

A l'aide d'une observation que nous a communiquée M. le professeur agrégé L. Imbert et de quelques autres choisies dans la littérature médicale, nous avons l'intention de traiter cette question de la pachyvaginalite de la façon suivante :

Dans un premier chapitre nous parlerons de l'anatomie pathologique.

Un second chapitre sera consacré à la pathogénie et à l'étiologie. Cette étude portera également sur la pathogénie de la vaginalite et de l'hémorragie.

Connaissant ainsi les lésions et leurs causes, nous passerons en revue dans un troisième chapitre l'étude clinique et le diagnostic.

Enfin un dernier chapitre sera consacré au traitement. Nous y verrons les diverses méthodes employées jusqu'ici, mais nous insisterons sur celle employée dans le cas que nous a fourni M. le professeur agrégé L. Imbert, c'est-à-dire la castration.

Notre étude se terminera par quelques observations dont nous ferons ressortir les traits principaux.

Enfin nous résumerons notre travail en des conclusions aussi brèves que possible.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'après ce que nous venons de dire plus haut, on voit que c'est l'étude de la vaginale et de ses lésions qui doit le plus nous arrêter.

Lésions de la vaginale. — *Néomembranes.* — Normalement la vaginale se présente comme une membrane blanche, un peu rosée, brillante, ferme et résistante. Cet aspect extérieur dans certains cas de pachyvaginalite, n'est en rien changé, si le tissu sous-séreux n'a pas pris part à l'inflammation.

Si l'on ouvre la vaginale, tout autre est le tableau.

D'abord, au lieu de trouver une simple membrane mince et souple, nous sommes en présence d'une coque fibreuse et calcaire dont l'épaisseur varie d'un ou deux millimètres à plusieurs centimètres.

Cependant on ne rencontre pas toujours une telle épaisseur, et Gosselin s'est servi de cette donnée comme base d'une division des hématocèles.

Dans un premier groupe il rangeait les cas où la poche n'atteint pas un demi-centimètre : la séreuse est chagrinée,

mais encore souple. Un second groupe comprend les hématocèles avec une vaginale atteignant d'un demi à un centimètre : là il n'y a plus d'élasticité et les sels calcaires commencent à imprégner la séreuse. Enfin, dans un troisième groupe, la vaginale, qui atteint un centimètre à un centimètre et demi et même plus, est dure et pierreuse. Nous sommes loin de l'état normal.

Si nous voulons nous rendre compte de ce qui a pu amener un tel épaississement, l'aspect intérieur nous l'indique.

Nous trouvons sur la face interne de la vaginale une série de fausses membranes qui lui donnent une coloration rouge brun, un aspect tomenteux, rugueux, hérissé, chagriné, avec des végétations et des tractus qui vont d'une paroi à l'autre ou bien délimitent dans la paroi des loges, des cellules ; il arrive même que la cavité vaginale est presque complètement effacée par ces adhérences.

Ordinairement la vaginale ne forme ainsi qu'une coque unique, délimitant une seule cavité ; mais parfois aussi il peut y avoir une grande poche avec des diverticules, ou bien même des poches multiples et indépendantes, ainsi que l'ont montré MM. Démons et Bégouin (pachyvaginalite multiloculaire).

Si l'on dilacère ces fausses membranes, nous voyons qu'elles renferment à leur surface et à leur intérieur un véritable lacis de capillaires ectasiés, varices qui forment même en certains points des noyaux apoplectiques.

Le feuillet pariétal est le plus atteint, et, dans le feuillet viscéral, les lésions se rencontrent plutôt dans la portion qui est en rapport avec l'épididyme, là où la vaginale se réfléchit sur le bord postérieur de l'épididyme. Sur le testicule lui-même, les pseudo-membranes sont plus rares, mais elles existent. Selon Lannelongue, les fausses membranes manquent deux fois sur cinq sur le feuillet viscéral, mais il ajoute que, quand elles existent, c'est là qu'elles sont le plus adhérentes.

Cette adhérence des fausses membranes à la vaginale est bien différente suivant les cas. Parfois simplement appliquées à la face interne de la séreuse, elles semblent d'autres fois complètement fusionnées avec elle. Cela a une importance d'autant plus grande que, ainsi que nous le verrons plus loin, une méthode opératoire proposée par Gosselin consiste précisément à décortiquer cette coque.

Si maintenant nous voulons nous demander la composition intime de ces pseudo-membranes, c'est l'étude microscopique de la lésion qu'il nous faut faire en la prenant dès son début.

Par l'effet de causes que nous étudierons dans un chapitre spécial de pathogénie, il s'est produit, à un moment donné, une congestion de la vaginale qui, par places, devient rugueuse et terne. Là, se fait un dépôt de caillots fibrineux qui prennent une disposition plus ou moins réticulaire. Cet exsudat arrive à couvrir même les parties où l'endothélium est resté sain ; mais, à ces endroits, l'adhérence est nulle.

A la lésion de l'endothélium répond une prolifération des cellules de la couche sous-jacente.

Ces cellules poussent des éléments néoformateurs, des cellules angioplastiques, qui vont devenir, dans l'ancien exsudat fibrineux, des vaisseaux : ce sera le début de l'organisation de cet exsudat. Un réseau vasculaire à capillaires minces et dilatés unit donc les deux couches, d'autant plus serré que l'inflammation avait porté primitivement sur une partie plus ou moins large de la vaginale.

En même temps celle-ci s'épaissit et son tissu se sclérose.

Dans la pseudo-membrane, nous retrouvons donc un exsudat fibrineux organisé, mais ayant pour point de départ une lésion primitive de la vaginale.

Contenu de la vaginale. — On comprend dès lors d'où vient le sang que l'on rencontre dans la plupart des cas

d'hématocèle. Un tissu d'une telle richesse en vaisseaux à parois minces et même ectasiées fournira facilement des hémorragies.

Laissant de côté, pour le moment, les causes de ruptures de ces vaisseaux, disons de suite qu'entre les simples ecchymoses et les épanchements considérables on peut trouver tous les intermédiaires aussi bien comme qualité que comme quantité. Dans le cas que nous a communiqué M. le professeur agrégé Imbert, ce liquide écoulé ne fut pas mesuré, mais la poche contenait une telle quantité de caillots que la masse enlevée pesait 3kil. 700. Ces caillots étaient, les uns rouges et cruoriques, les autres jaunes et fibrineux. Damalix et Caillette, dans le cas que nous rapportons (obs. II), enlevèrent 1,500 grammes de liquide, et il restait des caillots. A côté de cela, nous lisons dans le Traité de Duplay et Reclus : « Chez un sujet de l'École pratique, le liquide faisait défaut ; il n'existait qu'une poussière hématique et quelques cristaux de cholestérine. »

En somme, le liquide que l'on rencontre dans la poche de l'hématocèle peut présenter de nombreuses variétés : il peut être épais, sirupeux, analogue à une bouillie brunâtre, couleur chocolat ; quelquefois il a la couleur du café, de la bile, ou même celle du lait. Il peut être aussi purulent s'il y a eu infection, comme nous le voyons dans l'observation III.

Nous nous contenterons de signaler pour mémoire que, dans certains cas de pachyvaginalite, on a rencontré un liquide citrin. Nous croyons qu'il s'agissait alors de lésions peu avancées où les hémorragies n'avaient pas encore eu le temps de se produire. Ajoutons que, dans le liquide retiré d'une hématocèle, l'analyse chimique a montré du sucre, du chlorure de sodium, de l'urée, de la leucine, de la cystine, de la paralbumine.

Lésions des organes génitaux. — Il nous reste maintenant à voir ce que deviennent l'épididyme et le testicule ; on en comprend l'importance pour le choix d'une méthode de traitement.

L'épididyme est parfois éloigné de sa position habituelle, surtout au niveau du corps ; « mais comme cet organe est fixé par ses deux extrémités, tête et queue, au bord supérieur de la glande, il ne peut s'écarter d'elle sans s'allonger et, par conséquent, il se déroule (Galletier). »

La tête de l'épididyme peut aussi subir des modifications importantes. Elle peut s'écarter du corps d'Hygmore, et par suite les cônes séminifères sont à leur tour allongés et déroulés.

L'observation II, empruntée à MM. Damalix et Caillette, nous montre qu'il peut y avoir atrophie de l'épididyme et des canaux déférents. Quant au testicule, pour Lannelongue, il resterait intact au milieu de ces lésions. D'autres auteurs en ont signalé l'engorgement.

Gosselin a observé, au contraire, l'anémie et l'atrophie de cet organe.

D'après Poulin, le testicule subirait une sclérose péritubulaire à évolution lente et débutant par la périphérie.

Curling cite même un cas où le testicule aurait complètement disparu. « En examinant le corps d'un vieux nègre qui mourut à l'hôpital Saint-Georges d'une maladie des poumons et chez lequel les artères se trouvaient largement ossifiées, j'observai une volumineuse tumeur du côté droit du scrotum ; elle avait l'apparence et la forme d'une hydrocèle et offrait une sensation évidente de fluctuation. En poursuivant l'examen, je vis que la tumeur était formée par la tunique vaginale que distendaient douze onces d'un fluide ayant l'apparence du marc de café, dans lequel flottaient de nombreuses masses

d'une substance solide, débris manifestes de coagulum sanguin. La tunique vaginale était très épaissie. La substance du testicule, la tunique albuginée et la tunique vaginale qui la couvre immédiatement étaient entièrement détruites, de sorte qu'il fut impossible de trouver un vestige de ces parties. Le canal déférent adhérait à la partie postérieure de la tumeur, et se perdait insensiblement au point où d'ordinaire il atteint le testicule. Un cas exactement semblable, ajoute Curling, à celui que je viens de décrire s'est présenté récemment à mon observation. Les résultats de la dissection furent absolument les mêmes ; mais dans ce cas aussi j'ai eu le malheur de perdre l'occasion d'en apprendre l'histoire pendant la vie du malade. » Commentant ces cas, Jamain dit « qu'il ne faut accepter qu'avec beaucoup de réserve cette destruction complète du testicule ; nous serions plus disposé à croire que, dans ces cas, la glande séminale, étalée sous forme de membrane mince, aura pu échapper à la dissection.

Nous ne dirons qu'un mot des enveloppes du testicule : le dartos conserve sa laxité habituelle ou présente de l'œdème ; le crémaster est hypertrophié plutôt qu'aminci. Quant aux bourses, elles sont plus ou moins distendues et les frottements peuvent les enflammer.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE. — ÉTIOLOGIE

L'étude anatomique de l'hématocèle nous a fourni une donnée fort importante : cette maladie est surtout une vaginalite ; l'hémorragie n'est qu'un fait secondaire.

Pathogénie de la vaginalite. — Nous croyons donc, avant d'aborder l'étude des causes de l'épanchement sanguin, devoir faire celle de la vaginalite elle-même et de la fausse membrane.

Vaginalites secondaires. — Longtemps on a mis dans un chapitre spécial les hématocèles dites traumatiques, hématocèles où l'hémorragie précéderait la lésion et en serait la cause.

En 1886, Reclus, traitant de la pathogénie de l'hématocèle, disait que l'épanchement produit dans la vaginale par les violences, les ponctions, l'effort, peut « avoir pour conséquence une pachyvaginalite véritable, non, comme le disait Velpeau, par une organisation directe du sang ; mais ce sang agirait sur la séreuse comme le fait un corps étranger ; il l'irrite, et les globules blancs, issus par diapédèse, s'organisent en néo-membranes. » Il est vrai que Reclus ajoute que ces cas sont rares, et plus loin, revenant sur ce qu'il a dit, il parle d'une lésion antérieure de la glande produite par une série de traumatismes.

Nous voyons encore, dans sa thèse parue en 1895, Biaille de Langibaudière conclure que le sang, épanché dans la vaginale à la suite d'un traumatisme, peut produire une vaginalite consécutive.

Nous répondrons à cette assertion en rappelant les démonstrations de Trousseau, Vulpian, Laborde, Arloing, etc..., dont nous avons déjà parlé dans notre introduction. Et puis Biaille de Langibaudière donne, comme source ordinaire de l'hémorragie, une contusion de l'épididyme. Ne pourrait-on pas dès lors rattacher l'apparition de la vaginalite à cette lésion d'organe plutôt qu'à l'épanchement ?

Nous croyons donc être en droit de rejeter l'hématocèle traumatique, telle qu'on se l'imaginait autrefois, c'est-à-dire la vaginalite produite par l'épanchement.

Cependant nous admettons le traumatisme comme facteur de vaginalite. Mais pour nous le traumatisme produit primitivement l'hématocèle, soit en provoquant directement une inflammation de la vaginale, ce que nous croyons peu fréquent, soit secondairement par lésion d'un des organes génitaux.

Les auteurs semblent d'accord pour dire que les chocs répétés sur les parties génitales peuvent amener l'inflammation de la vaginale : c'est ce qui se passerait chez les cavaliers. De même on aurait remarqué souvent l'existence simultanée d'une hématocèle et d'une hernie scrotale du même côté : il s'agirait également là d'un traumatisme.

Reclus, nous l'avons dit plus haut, croit à l'action des traumatismes répétés : « Les arthrites aiguës ou chroniques, dit-il, deviennent de plus en plus une affection des extrémités osseuses ; les synovites sont souvent des ténosites ; les pleurésies évoquent l'idée d'une lésion pulmonaire, et, pour ce qui est de la glande spermatique..... nombre de congestions de courte durée, de poussées fluxionnaires, de contusions légères et répétées peuvent, à chaque coup, laisser un

stigmate sur la séreuse qui s'épaissit de plus en plus. » Kocher croit à la lésion primitive de l'épididyme : « Un traumatisme, dit-il, après avoir provoqué une épididymite, donne lieu à une inflammation chronique de la vaginale ; celle-ci devient, sous certaines influences, hémorragique et peut donner lieu à des épanchements sanguins, à une hématocèle.

Panas partage l'opinion de Kocher.

Un traumatisme qui a été beaucoup incriminé est la ponction. Reclus dit cependant que « la ponction et l'injection iodée ne font qu'aggraver une pachyvaginalite en formation ou déjà formée. Nous croyons que la ponction doit être souvent le point de départ de la vaginalite qu'elle provoque soit en agissant comme traumatisme, soit par l'apport de germes extérieurs.

Souvent aussi on entend le malade prétendre que le gonflement des bourses a paru après un violent effort. La question se pose donc de savoir s'il peut y avoir épanchement de sang dans une vaginale saine sous l'impulsion d'un effort? On y a répondu affirmativement : le sang de l'abdomen est refoulé dans les vaisseaux qui peuvent se rompre ; un hématome diffus du cordon spermatique se produit ; il fuse sous la séreuse, la perfore, et l'épanchement sanguin intra-vaginal est constitué. Mais nous croyons que c'est plutôt une cause occasionnelle et qu'il y a sous cette explosion brusque quelque lésion latente de la vaginale.

La pachyvaginalite peut être aussi consécutive à une inflammation des organes voisins.

Rappelons à ce propos les résultats des expériences de Terrillon et Schwartz sur le chien. « Toutes les fois, concluent-ils, que l'épididyme et sa queue sont enflammés d'une façon un peu intense, il se passe du côté de la vaginale un travail inflammatoire. Toutes les fois que l'inflammation est localisée au testicule et qu'il n'y a pas de communication

entre le foyer et la cavité séreuse par une lésion de l'albuginée, la vaginale reste intacte. »

Cela nous explique qu'une des causes de la pachyvaginalite est l'épididymite blennorragique dont nous trouvons un cas typique rapporté par Damalix et Caillette.

D'autres affections des glandes ont été mises en cause.

« Panas cite la fréquence des petits kystes de l'épididyme. Wolkmann et Julliard celle des corps étrangers libres ou adhérents, des exsudats sanguins ou pseudo-membraneux, des plaques calcaires ou cartilaginiformes (Galletier). »

Ces corps étrangers, dont nous venons de parler, signalés par Morgagny, ont été comparés par Cooper aux productions du même genre des articulations. Gosselin les faisait venir de l'hydatide de Morgagny. Reclus en a montré la fréquence : « S'il est exceptionnel, dit-il, de trouver des corps étrangers de près de deux centimètres de côté, rien n'est plus fréquent que d'en rencontrer du volume d'un grain de mil ou de chènevis. »

La syphilis est également un facteur indirect de pachyvaginalite. Notre observation VI, empruntée à M. le professeur Tédenat, en est un exemple : l'épididyme présentait un petit nodule gommeux occupant le quart supérieur et le testicule était induré.

La pachyvaginalite peut aussi apparaître avec les phénomènes secondaires, et parfois, dans ce cas, on ne trouve pas de lésions appréciables des organes, quoiqu'il y ait vaginalite. M. le professeur Tédenat pense qu'alors la lésion de la glande est masquée par celle de la séreuse. Dans le syphilome secondaire, le même a trouvé plusieurs fois de la pachyvaginalite.

Nous rapportons aussi deux observations (obs. IV et V) de pachyvaginalite consécutive à de la tuberculose des organes

génitaux. Dans les deux cas, l'examen histologique et bactériologique fut fait et fut concluant.

Nous croyons également qu'une tuberculose des poumons ou de tout autre organe peut venir faire une localisation secondaire sur la vaginale, comme elle peut en faire sur les autres séreuses. Nous devons dire cependant que nous n'en avons pas trouvé d'exemples rapportés par les auteurs.

Vaginalites primitives. — Mais que la vaginalite soit consécutive à une lésion traumatique, inflammatoire ou infectieuse des organes génitaux, ou bien qu'elle soit même une localisation secondaire d'un processus qui évolue primitivement dans un autre point du corps, tous ces faits peuvent être regardés comme analogues : il ne s'agit là que de vaginalites deutéropathiques. N'y a-t-il pas, à côté, des vaginalites primitives, vraiment idiopathiques ?

Reclus disait que les inflammations des séreuses sont presque toujours secondaires. Les données acquises dans ces dernières années nous prouvent qu'il y a dans les séreuses plus d'inflammations primitives que ne le pensait Reclus, et nous savons que des infections générales peuvent frapper les séreuses même sans qu'il y ait participation des viscères qu'elles enveloppent.

Il est évident que, si la vaginale peut ainsi être touchée primitivement, les vaginalites dites essentielles, c'est-à-dire sans causes connues, doivent disparaître.

Comme facteurs, on a incriminé les pyrexies, le rhumatisme, la tuberculose. C'est à cette dernière surtout que nous croyons devoir attribuer le plus grand nombre de vaginalites primitives. Nous avons donc recherché si la tuberculose primitive de la vaginale était possible. Voici les résultats de nos recherches :

Simmonds dit avoir observé douze fois la tuberculose primitive de la vaginale.

Raymond Petit a montré que la tuberculose péritonéo-vaginale chez l'enfant peut se développer quelquefois primitivement dans la vaginale.

Tuffier conteste ces données et croit à la rareté de la tuberculose primitive de la vaginale fermée.

Goldmann a rapporté un cas de tuberculose de la vaginale :

« Un homme de vingt-trois ans entre à la clinique de M. Kraske, pour une tumeur du scrotum, sur le début de laquelle il ne peut fournir de renseignements précis. On constate une augmentation de volume de la moitié droite du scrotum. La tumeur, qui n'est pas douloureuse à la pression, est piriforme, et remonte jusqu'à l'anneau inguinal externe. Elle est nettement fluctuante et donne, en outre, à la palpation, la sensation d'une crépitation molle, comme celle que produiraient de petits corps mobiles, libres dans la cavité vaginale. Enfin la tumeur est transparente. On porte le diagnostic d'hydrocèle. A l'opération, il s'écoule de la cavité vaginale un liquide clair, jaune rougeâtre. *Le testicule et l'épididyme n'offrent aucune altération appréciable. Sur l'albuginée se voient quelques végétations saignant facilement. Le feuillet pariétal de la tunique vaginale est parsemé de nombreux tubercules du volume d'une tête d'épingle ;* ces tubercules existent surtout en grand nombre dans les parties déclives de la poche, tandis qu'ils sont très clairsemés à son pôle supérieur. — *Une portion de la tunique vaginale, enlevée pour l'examen microscopique, démontra la nature tuberculeuse de l'affection.* »

D'ailleurs si l'on réfléchit que dans les autres séreuses, soit qu'elles enveloppent des organes, soit qu'elles fassent partie de quelque articulation, on rencontre également de ces inflam-

mations chroniques tuberculeuses aboutissant à la formation de fausses membranes, on se demande si la tuberculose primitive de la vaginale est aussi rare que le prétend Tuffier.

L'hémorragie même peut fournir un argument en faveur de cette opinion, et l'on pourrait peut-être identifier la vaginalite tuberculeuse hémorragique avec les autres sérites tuberculeuses à épanchement hémorragique.

La marche de l'hématocèle, si longue et si insidieuse, cadre bien aussi avec les allures de ces tuberculoses locales qui évoluent presque à l'insu du malade.

Nous croyons donc à la possibilité de la tuberculose primitive de la vaginale comme facteur de pachyvaginalite. Nous donnons cette opinion au moins comme une hypothèse plausible et qui du moins a le mérite de vouloir expliquer ce qui se passe du côté de la vaginale par ce que nous voyons du côté des autres séreuses.

N'était-ce pas un argument analogue que Gosselin invoquait pour défendre la théorie de la production des fausses membranes par l'inflammation ? « Ne pourrait-on pas, disait-il, regarder l'épanchement sanguin et les caillots comme un des moyens à l'aide desquels s'établit la fausse membrane, et dire que ces caillots sont susceptibles de s'organiser aussi bien que la matière plastique exsudée ? La coïncidence fréquente de l'épaississement et de l'épanchement sanguin m'oblige à poser cette question, que je n'hésite pas à résoudre par la négative. *La nature, en effet, n'emploie pas des moyens variés pour arriver au même résultat ;* partout où il se forme des fausses membranes, et sur les séreuses en particulier, ce n'est jamais le sang, sorti en nature et coagulé sur les surfaces, qui se vascularise et se transforme en tissu vivant ; ce phénomène s'accomplit toujours à l'aide de la lymphe plastique. »

Un rapprochement analogue nous permet d'incriminer aussi le rhumatisme. Il est en effet établi que le rhumatisme est une maladie générale qui peut atteindre autre chose que les articulations. On sait par exemple qu'une de ses localisations est la plèvre. Quoi de plus rationnel dès lors de penser qu'il peut atteindre d'autres séreuses, la vaginale en particulier? Nous croyons à son action dans notre observation I.

Nous disions tout à l'heure que la pachyvaginalite peut apparaître comme phénomène secondaire dans la syphilis, sans que l'on recontre de lésions appréciables des organes. Nous ajoutions que, pour M. le professeur Tédenat, la lésion de la vaginale cachait par son intensité la lésion de l'organe. Ne pourrait-on pas plutôt penser qu'en effet les organes génitaux ne sont pas lésés, et qu'il y a eu retentissement direct de la syphilis sur la vaginale? Ce serait une pachyvaginalite syphilitique primitive.

Signalons enfin que les états génitaux aigus peuvent retentir eux aussi sur la vaginale. Monod et Terrillon ont vu une vaginalite provoquée se transformer en hématocèle sous l'influence d'une fièvre typhoïde, et Cauchois cite le cas d'une hématocèle augmentant de volume au cours d'une variole.

Nous venons de voir ce qui peut provoquer la formation de la vaginalite, point de départ de l'épaississement de la séreuse. Ayant montré dans notre chapitre précédent l'évolution de la fausse membrane, nous ne nous arrêterons pas davantage et nous passons de suite à la pathogénie de l'hémorragie.

Pathogénie de l'hémorragie. — « L'épanchement sanguin, dit Gosselin, tient à une contusion, à l'exhalation du sang, ou bien il peut être fourni non plus par la tunique vaginale saine ou vascularisée anormalement, mais bien par la fausse membrane en voie d'organisation. »

Il est probable en effet que ce sont là deux sources égale-

ment fréquentes et que le sang peut provenir aussi bien des fausses membranes que de la vaginale, car nous savons que des deux côtés il y a un véritable lac sanguin produit par la vascularisation si puissante dont nous avons parlé. On comprend également comment une ponction, par la blessure de quelques vaisseaux, pourra changer un épanchement séreux en un épanchement hémorragique.

Mais il me semble qu'à côté du traumatisme, on peut compter d'autres causes de l'hémorragie. On pourrait ainsi invoquer l'extension des lésions.

Dans notre cas (obs. I), ne pourrait-on pas incriminer une sorte de diathèse hémophile, puisque nous voyons ce malade atteint chaque année de purpura ?

En somme, tous ces cas divers peuvent être rattachés à une même cause, la rupture de quelques vaisseaux de la fausse membrane ou de la vaginale elle-même. Et si l'aspect peut en être différent, cela tient à l'âge de l'hémorragie d'abord, et aussi à ce qu'elle est plus ou moins mêlée de sérosité ou à ce que une infection a pu se produire et en modifier l'aspect.

Etiologie. — Nous terminerons ce chapitre par quelques considérations étiologiques.

La pachyvaginalite est une maladie de l'âge avancé. Chez les vieillards, en effet, les causes d'infection de la vaginale se sont accumulées. Et nous rappelons que nous sommes en présence d'une maladie à évolution lente.

Suivant Galletier, on rencontrerait souvent l'hématocèle dans les pays chauds.

On la voit dans les conditions les plus variables, frappant toutes les classes de la société, mais atteignant plus souvent les gens exposés à des chocs répétés du scrotum, comme les cavaliers.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

La pachyvaginalite se présente sous l'aspect d'une tumeur ordinairement unilatérale ; Reclus n'a noté que 22 cas de bilatéralité sur 117.

Comme volume, elle varie de la grosseur d'un œuf de poule à celle d'une tête de fœtus à terme ; d'après notre observation I, on peut voir que ce dernier volume peut être dépassé : Le malade avait une tumeur tellement volumineuse, qu'il s'asseyait dessus. D'aspect plutôt lisse, sans bosselures, elle peut d'autres fois présenter des inégalités qui égarent le diagnostic.

Sa forme est ovalaire, mais là encore il peut y avoir des variétés. Certaines hématocèles sont en bissac, présentant une poche scrotale et une inguinale, ou même abdomino-inguinale.

Les bourses étant distendues, la peau est luisante, déplissée, souvent sillonnée de veinules avec de petits îlots hémorragiques.

Au palper, on ne sent pas d'adhérences entre la peau et la tumeur, mais la consistance de cette dernière est des plus variables. Que l'on soit en présence d'une pachyvaginalite à

coque mince, on trouvera une masse fluctuante ou tout au moins résistante et élastique. Mais qu'au contraire il s'agisse d'une hématocèle à enveloppe devenue fibreuse, ligneuse et même calcaire, on comprend que la masse ne présentera plus ni fluctuation, ni élasticité. Dans certains cas, à côté de plaques dures qui feront songer à quelque tumeur solide, on pourra trouver des points où la partie amincie permet de percevoir une fluctuation profonde.

Un caractère qui ne manque pas, que la tumeur soit élastique ou qu'elle soit dure, c'est son opacité venant et de l'épaisseur des parois de la coque et de la nature du contenu.

Dans la majorité des cas, la douleur manque. Quand la tumeur a atteint un certain volume, il y a seulement gêne pour le malade. Il n'est pas rare, au contraire, de voir la puissance virile diminuée ou même disparue.

Diagnostic. — L'hématocèle, avons-nous dit, revêt l'apparence tantôt d'une tumeur liquide, tantôt d'une tumeur solide. Aussi, nombreuses sont les erreurs de diagnostic. Reclus cite le cas d'un homme, porteur d'une tumeur des bourses, et présenté par Vidal de Cassis : Chassaignac et Maisonneuve diagnostiquèrent une pachyvaginalite; Guersant, Vidal et Giraldès, un néoplasme; Denonvilliers ne se prononça pas.

Il est évident que le diagnostic ne peut être hésitant entre une hématocèle type et une hydrocèle type. D'un côté, on a une tumeur pesante, opaque, résistante, et de l'autre, une tumeur souple, transparente, molle. Le diagnostic d'hydrocèle sera à rejeter toutes les fois que la transparence manquera.

S'agit-il d'un kyste de l'épididyme ? Là encore pas d'hésitation, tant que le kyste aura conservé sa consistance normale. La difficulté sera plus grande si les parois du kyste sont dures et ligneuses. Nous devrons établir le diagnostic :

1° D'après la position du testicule par rapport à la masse liquide ;

2° D'après l'épreuve du pincement de la vaginale.

Sébileau a très bien décrit la position du testicule dans les différents cas. Dans les kystes épididymaires, la tumeur se superpose au testicule et est isolée de lui; dans la pachyvaginalite, le testicule, quoique englobé, pour ainsi dire, par la tumeur, reste superficiellement situé à sa partie postérieure, inférieure et interne. Retenu en effet par le ligament gubernaculaire, le testicule ne saurait se perdre complètement au milieu de la vaginale et on le sentira à la partie inférieure ; l'absence complète de la vaginale sur le bord postérieur, et son absence partielle sur la face interne, permettront de sentir en même temps le testicule à la partie postérieure et interne de la tumeur.

Mais la moindre anomalie dans la position de la vaginale nous fera perdre nos points de repère. La vaginale, en effet, peut n'aboutir sur la face externe qu'à peine à l'épididyme, et trouvant alors le testicule comme énucléé de la tumeur, on pensera à un kyste de l'épididyme. Ou bien le pôle inférieur peut être tout à fait dégagé et on croit avoir une indépendance entre la glande et la tumeur.

Aussi il est bon souvent d'avoir recours au pincement de la vaginale dont Monod et Terrillon ont parlé les premiers et que Sébileau regarde comme un signe de valeur.

A l'état normal, si l'on cherche à saisir entre le pouce et l'index la partie antérieure du testicule, celui-ci fuit devant les doigts qui ne retiennent que les enveloppes scrotales, parmi lesquelles le feuillet pariétal de la vaginale. Ce dernier donne aux doigts la sensation d'un pli qui, si l'on continue la pression, s'échappe brusquement en faisant un petit sursaut très net. Le même phénomène se produit avec une vaginale contenant du liquide, mais d'une façon insuffisante pour la remplir.

Mais si, par suite d'un fort épanchement, le feuillet pariétal est tendu, si les deux feuillets sont symphysés ou que la vaginale, doublée de néomembranes, soit devenue rigide, il est alors impossible de la pincer.

La pachyvaginalite rentrant dans ce dernier cas, l'épreuve du pincement sera négative et servira à différencier l'hématocèle du kyste de l'épididyme où rien ne s'oppose à ce que les doigts saisissent le feuillet pariétal de la vaginale.

La pachyvaginalite peut aussi présenter les apparences d'une tumeur solide, et on peut alors la prendre pour un cancer du testicule ou une orchite scléro-gommeuse.

« Pour la pachyvaginalite, dit Sébileau, la forme en poire, la direction du grand axe qui se porte d'arrière en avant et de haut en bas, la rénitence, l'élasticité, l'état lisse et régulier de la surface, l'uniformité de la consistance, les rapports avec le testicule, qui, englobé par la masse, demeure cependant fixe à sa partie postéro-inférieure ; pour le cancer, la forme indifférente, la direction en bas et en arrière, la dureté, la résistance et l'absence de toute souplesse, les irrégularités de la surface, l'inégale distribution de la consistance, enfin la fusion totale du testicule et de la tumeur. » A ce tableau nous ajouterons pour l'hématocèle la lenteur de son développement et, pour le cancer, son retentissement sur l'état général.

Mais tous les cas ne sont pas aussi simples, et il est bon de rechercher d'autres signes.

Le pincement de la vaginale est parfois positif dans le cancer.

Nous avons aussi la recherche de la lymphangite funiculaire. « Sur certains malades, atteints d'un néoplasme du testicule qu'il serait permis de confondre avec une hématocèle à parois très épaisses, on constate quelquefois, bien avant la tuméfaction apparente des ganglions lombaires et sans qu'il s'agisse ici de ces nodosités dont parlent les livres, une indu-

ration, un épaississement des lymphatiques funiculaires qu'un toucher un peu exercé sait dépister, alors que cette angioleucite spécifique est encore peu marquée. » (Sébileau.)

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur ce diagnostic, nous contentant de rappeler le mot de Nélaton : « Toutes les fois, disait-il, que vous hésiterez entre un cancer et une hématocèle, diagnostiquez un cancer. »

Si l'on pense à une orchite scléro-gommeuse, il faudra chercher des traces de syphilis et instituer un traitement spécifique, sans oublier cependant que ce traitement peut se trouver en défaut : M. le professeur Tédenat en a publié un cas où il échoua et où l'opération révéla l'existence d'une gomme.

Nous avons laissé de côté un moyen de diagnostic qui semblerait sûr au premier abord, la ponction exploratrice.

Mais, sans nous arrêter sur les accidents qu'elle peut amener (suppuration, sphacèle de la poche ou surtout hémorragie), elle ne peut nous donner de renseignements sûrs. Que cette ponction ramène du sang ou de la sérosité, cela n'établit pas le diagnostic : l'un et l'autre se rencontrent aussi bien dans un kyste intra-néoplasique que dans une pachyvaginalite. Et, si nous avons une poche remplie de caillots seulement, la ponction blanche nous induira en erreur.

Marche de la pachyvaginalite. — Pour terminer cette étude clinique, nous ajouterons un mot sur l'évolution de la maladie.

La lecture des observations montre qu'il s'agit d'une affection de longue durée. Progressivement, une des bourses augmente de volume sans cause apparente. Comme il ne ressent aucune douleur, le malade ne s'en préoccupe pas et ce n'est que plus tard, quand la tumeur devient gênante par son

volume, qu'il se décide à la montrer au médecin. Cela a duré des mois et des années.

Mais un jour la tumeur augmente de volume, parfois en quelques heures; elle se tend, devient dure, puis diminue pour rester cependant plus grosse qu'avant : une hémorragie s'est produite. C'est habituel dans la pachyvaginalite.

Une complication rare est la rupture de la poche.

Moins rare est l'inflammation qui apparaît sous l'influence d'une pyrexie grave, d'une épididymite blennorragique, d'une ponction exploratrice septique. La résolution peut survenir après quelque temps, mais aussi le pus peut s'ouvrir au dehors.

La pachyvaginalite est donc une maladie grave. Même si aucune complication ne survient, elle est encore gênante par l'inconvénient de cette tumeur lourde, grosse, difficile à cacher, gênant le coït, pouvant, si les deux côtés sont atteints, éteindre la fécondité du malade et sa virilité.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Avant d'aborder l'étude de la castration, que nous nous sommes promis d'étudier plus particulièrement, nous croyons bon de dire quelques mots des principaux traitements qui ont eu tour à tour les faveurs des chirurgiens.

Le plus simple et le plus ancien est la ponction suivie ou non d'une injection modificatrice. Les guérisons obtenues sans récidive sont peu nombreuses et ne suffiraient pas à ériger cette méthode comme une règle ; mais les méfaits des ponctions doivent les faire rejeter complètement. Hémorragie, inflammation, gangrène, pneumatocèle, septicémie, sont des complications qui se sont vues.

Mieux vaudrait l'incision dans les pachyvaginalites au premier degré, alors que l'on a encore affaire à des néomembranes flexibles. L'incision se fera couche par couche à la partie antérieure de la tumeur. On prendra garde de ne pas blesser le testicule. On lave la cavité et on la bourre de gaze iodoformée ou salolée. La guérison se fait par la chute des couches de fibrine, bientôt suivie de l'apparition des bourgeons charnus. La méthode est simple, mais elle demande un traitement de longue durée, et, si l'altération des parois est trop avancée, on échoue.

Un autre traitement qui a été employé dans ces cas de pachyvaginalite au premier degré, est l'excision partielle de la vaginale. Dans notre observation VI, nous voyons cette méthode employée par M. Tédenat.

On a fait aussi l'excision totale. Après incision de la face antérieure de la tumeur, les deux segments sont isolés jusqu'à leur insertion sur la glande, et sectionnés. Reclus reproche à cette méthode de favoriser les hémorragies et de n'être qu'une mauvaise castration, le testicule et l'épididyme étant souvent difficiles à reconnaître parmi les enveloppes.

Mais l'opération qui a peut-être réuni le plus de partisans est certainement la décortication, exécutée par Saviard au dix-septième siècle. En 1851, Gosselin en fit la méthode de choix. Elle consiste à enlever la fausse membrane « comme on sépare la membrane interne des gésiers de la volaille. » (Saviard.)

En 1885, Gosselin, à la suite de la présentation d'un malade à la Société de chirurgie, par M. Polaillon (obs. VII), écrivait à ce dernier pour défendre ce mode de traitement : « Débarrasser les malades par une opération qui ne soit pas plus dangereuse que la castration et qui les guérisse vite, en laissant intacts le testicule et ses dépendances, tel est le problème à résoudre. La solution est simple : l'inflexibilité des parois, les dangers de l'inflammation consécutive, les lenteurs de la cicatrisation sont dus à la présence d'une fausse membrane mal organisée et très peu adhérente ; ôtez-la sans enlever aucune des parties naturelles. »

Théoriquement, pas de meilleure intervention, puisqu'elle supprime la lésion en respectant les organes Mais Gosselin ne s'est-il pas un peu avancé en disant que la fausse membrane était facile à enlever et peu adhérente ? Dans notre chapitre d'anatomie pathologique nous avons montré qu'il en était souvent autrement, et, dans la plupart des observations que nous

rapportons, nous voyons souvent l'opérateur obligé de renoncer à la décortication et faire la castration. Rien d'étonnant d'ailleurs, puisque les fausses membranes sont non pas un simple dépôt de fibrine, mais un tissu organisé réuni à la vaginale sous-jacente par des liens intimes.

A supposer même que l'on réussisse à séparer les fausses membranes, l'inflexibilité des parois n'aura pas entièrement disparu, car elle ne tient pas seulement aux pseudo-membranes. La vaginale est épaissie dans sa structure propre ; elle forme une coque rigide qui constituera une large surface saignante et non rétractile : elle sera donc dans les meilleures conditions pour suppurer, si quelque germe est apporté du dehors.

Et la glande, que devient-elle? Selon Gosselin, elle resterait intacte. Oui, si les adhérences avec le tissu fibrineux étaient faibles ; dans le cas contraire, la décortication la laissera déchirée et saignante. Ce sera alors ce que Reclus disait de l'excision, une mauvaise castration. D'ailleurs, nous voyons, d'après les observations des auteurs, que la recherche du testicule n'est pas si facile, puisque, même sur les pièces enlevées, sa présence est à ce point difficile à reconnaître qu'on a conclu à sa disparition (Curling).

Nous croyons donc pouvoir dire avec MM. Forgue et Reclus : « Qu'on le veuille ou qu'on ne le veuille pas, la castration s'impose : en emportant les fausses membranes, on extirpera tout ou partie de la glande. Mieux vaut agir de parti pris : l'opération y gagnera en vitesse et en sûreté. Autant laisser un lambeau de néomembrane que cet organe « flétri », sans forme, sans structure et surtout sans fonction..... La décortication conserverait non le testicule, mais l'illusion d'un testicule. »

Malheureusement, il est difficile de juger si un testicule n'est plus qu'une « illusion », car à côté de ses fonctions géné-

ratrices, n'a-t-il pas également des fonctions plus générales qui concourent à la conservation de l'individu? Aussi les indications de la castration sont-elles assez difficiles à donner.

Boyer préférait la castration, quand, après incision de la vaginale, il trouvait son feuillet viscéral considérablement épaissi, et le testicule tuméfié et induré.

Cloquet la conseille en présence d'un testicule atrophié et d'un malade âgé.

Gosselin se déclarait « conservateur du testicule dans le traitement de l'hématocèle », et il ajoutait : « On peut et on doit guérir l'hématocèle sans sacrifier le testicule. »

En août 1884, une discussion s'éleva à la Société de chirurgie à propos de ce cas de M. Polaillon dont nous avons parlé tout à l'heure (obs. VII)

Berger disait, en faveur de la castration, que, dans un cas d'hématocèle opéré par lui, la castration d'emblée avait amené non seulement la guérison, mais un retour même de la virilité.

Marchand rejetait cette intervention comme inutile, attendu, disait-il, que les hématocèles ne sont que des hydrocèles transformées. Cette assertion fut d'ailleurs combattue par Championnière, qui ajouta : « Non seulement la castration a l'avantage d'être praticable, tandis que la décortication est presque constamment impossible, mais elle est fort peu grave ; elle est à coup sûr bien moins grave que la décortication, mais elle est encore moins grave que la ponction suivie de drainage. »

Dans cinq castrations rapportées par Reclus, une fois l'opération fut faite d'emblée ; une autre fois, elle fut nécessaire à cause d'une septicémie provoquée par une ponction chez un vieillard de soixante-dix-huit ans.

Dans trois cas enfin, Reclus déclare que la décortication eût été illusoire, tant était avancée l'atrophie testiculaire.

Pour Tilllaux, la ponction est dangereuse si la paroi ne s'affaisse pas, et la décortication est souvent impossible.

On voit par là que beaucoup d'auteurs admettent la castration d'emblée, car ils trouvent la décortication dangereuse; ceux qui admettent la décortication, la déclarent presque tous impossible dans certains cas, et c'est alors qu'ils interviennent par la castration.

Quelles sont donc les indications de cette opération? Il est de toute évidence que si, à l'ouverture de la tumeur, nous trouvons, outre la pachyvaginalite, un testicule tuberculeux ou atteint de tout autre lésion organique non curable, il n'y a pas à hésiter: la castration s'impose.

Mais supposons des organes génitaux sains, et le diagnostic nettement posé avant l'opération.

Nous croyons d'abord qu'il est bon de penser toujours à l'éventualité d'une castration, sans toutefois la pratiquer d'emblée.

Seul, l'état de la vaginale dictera notre conduite. Que si des adhérences trop nombreuses unissent la vaginale au testicule, au point que la décortication soit impossible sans déchirer profondément la glande, alors nous croyons la castration nécessaire. Ces déchirures multiples risqueraient de provoquer une hémorragie grave et laisseraient un moignon trop informe.

La castration est d'autant plus indiquée dans ces cas où le chirurgien ne peut retrouver la glande qu'avec peine parmi les dépôts fibrineux qui l'entourent.

Nous ne voyons donc pas la nécessité de recourir à une telle opération si la décortication est possible.

Les auteurs, partisans de la castration, disent également que cette intervention est légitime sur un organe atrophié. Sans insister outre mesure sur la nécessité de laisser au malade ce que l'on a appelé « un testicule moral », nous devons nous demander si ce testicule qui semble mort dans ses fonctions génératrices n'a pas conservé ses autres fonc-

tions plus générales dont nous parlions tout à l'heure. Dans l'impossibilité de nous en assurer, nous croyons devoir respecter cet organe même atrophié.

Quelle sera donc la marche à suivre dans une pachyvaginalite ?

Après avoir demandé au malade l'autorisation de pratiquer la castration si elle est nécesaire, on fera d'emblée une large incision de la cavité vaginale, et, le couteau étant évacué, on tentera la décortication des fausses membranes. Si nous trouvons une vaginale devenu fibreuse, nous pourrons l'exciser.

Mais si la décortication déchire la glande, une seule chose reste à faire, la castration.

Il en sera de même lorsque la tumeur sera par trop volumineuse. Dans les cas de ce genre, l'incision avec décortication laisserait une large cavité qui ne se comblerait qu'avec lenteur : c'était le cas de notre malade.

Cette opération sera souvent nécessaire, tellement sont nombreux les cas où le chirurgien n'est appelé à intervenir que lorsque la maladie est déjà avancée.

Nous devons ajouter qu'en cas de pachyvaginalite double, il ne faudra se résoudre que très difficilement à enlever les deux testicules, se rappelant la fausseté de cet adage : *Testis unus, testis nullus.*

OBSERVATIONS

Outre l'observation qui a fait le sujet de ce travail (obs. I), nous avons cru bon d'en choisir quelques autres à travers la littérature médicale, nous attachant, sauf pour une (obs. VI), à prendre des cas où la castration fut jugée nécessaire d'emblée ou après inspection des lésions.

En même temps, notre choix a été guidé par le désir de présenter des exemples divers des causes qui peuvent produire la pachyvaginalite.

Observation I

(Communiquée par M. le professeur agrégé Imbert)

A. J., soixante-douze ans, cafetier, actuellement à l'asile d'aliénés de Montpellier. Ce malade, qui exerçait dans son pays la profession de cafetier après avoir été cocher pendant longtemps, puis cultivateur, en est à son troisième séjour à l'asile.

Entré, pour la première fois, le 8 octobre 1895, il présentait déjà depuis trois mois une aliénation mentale caractérisée par de l'agitation maniaque avec idées de grandeurs et de richesses : il voulait faire de grands achats et s'emportait contre ses parents qui cherchaient à l'en détourner. Il mangeait voracement, un peu moins cependant à certains mo-

ments au cours desquels il avait peur d'être empoisonné. Un léger affaiblissement intellectuel existait, mais il n'y avait guère de troubles paralytiques en dehors d'un tremblement des doigts étendus, comparable à celui de l'alcoolique. Le diagnostic suivant est porté : délire des grandeurs, et probablement usure de la cellule nerveuse, marquée par l'artériosclérose, le tremblement des extrémités, la paresse dans l'articulation des mots. Le 13 novembre, le délire s'est un peu atténué, la démence persistant, et le malade sort de l'asile sur la demande de son fils.

Chez lui, le malade se serait un jour endormi au soleil : consécutivement, fatigue physique et reprise du délire qui a pu être mieux observé durant ce second séjour plus long (3 avril à 16 septembre 1897) : le malade passe par deux périodes successives d'une folie alterne : une phase d'agitation, marquée par des idées de grandeurs et de richesses, et une phase de dépression mélancolique accompagnées d'idées de persécution (ses parents en veulent, dit-il, à sa fortune). Notons qu'il n'a jamais présenté d'hallucination d'aucun sens. La démence a progressé depuis la dernière entrée, et le médecin en chef formule le diagnostic « démence ; agitation (avec idées de grandeurs) et dépression mélancolique ; quelques troubles musculaires ; sénilité ».

Sorti une seconde fois de l'asile, le malade revient le 4 octobre 1897 avec les mêmes idées mégalomaniques au moment de ses phases d'agitation, et consécutivement les mêmes périodes dépressives. La démence a progressé au point que le malade ne sait plus en quel mois il se trouve, ni en quelle année il est né. Le certificat suivant le constate ainsi : démence avec agitation incohérente et quelques vagues idées de grandeurs. Actuellement (26 août 1902), les mêmes idées délirantes persistent et la démence, stationnaire, paraît actuellement un peu moins marquée, parce que nous examinons le

malade en pleine phase d'excitation. Pas de symptômes paralytiques: pupilles égales et contractiles, pas de troubles du langage, simple difficulté à se tenir sur l'une ou l'autre jambe et quelques rares tremblements du côté des doigts étendus.

Antécédents. — Comme antécédents, pas d'alcoolisme bien caractérisé, malgré la profession du malade.

Pas de syphilis ni de blennorragie.

Pas de traumatisme sur les testicules.

Quelques excès de travail avant sa maladie ; du reste toujours bon travailleur, mais peu intelligent.

Il a eu une première atteinte de rhumatisme vers 1885, et une seconde crise à l'asile (avril 1897) qui a cédé facilement au salicylate de soude ; il en a conservé une endocardite chronique qui se manifeste par un souffle mitral, rude et se prolongeant dans l'aisselle ; de temps en temps surviennent des ruptures de compensation (avec œ lème des jambes, congestion des bases, essoufflements, etc...) guéries assez rapidement par les traitements appropriés, mais qui se renouvellent maintenant de plus en en plus. Actuellement on constate quelques faux pas du cœur, et le pouls est petit, dicrote, bat à 60, assez régulier. Radiales très artério-scléreuses, temporales sinueuses ; cercle périkératique. Depuis quelque temps le malade présente chaque année des taches de purpura aux mains et à la figure.

Père mort brusquement d'une rupture d'anévrisme (?)

Un frère du malade mort phtisique.

Mère très nerveuse, sans crises.

Une nièce à l'asile, en même temps que le malade (1897). Diagnostic : excitation entée sur l'imbécillité ; sortie guérie en dehors de son arrêt de développement.

Le malade lui-même présente quelques stigmates de dégénérescence : acrocéphalie, front fuyant et bosses pariétales peu

développées; asymétrie faciale, aux dépens du côté droit. Oreilles non ourlées dans leurs deux tiers inférieurs et à lobules adhérents; voûte palatine ogivale et dentition irrégulière.

Le fils et la fille du malade sont peu intelligents. Cette dernière a subi une opération (avec anesthésie et chloroforme), que l'on ne peut nous préciser.

Tumeur du scrotum. — En ce qui concerne la tumeur, le malade nous dit qu'il s'est aperçu de sa présence il y a sept ou huit ans, étant en Algérie; à ce moment, elle n'était que de petite dimension.

A son entrée à l'asile (en 1895), la tumeur fut examinée par le chef de clinique (M. Bosc), qui, après avoir hésité entre une tumeur et une hernie, s'en tint à ce dernier diagnostic. A ce moment la tumeur avait la dimension d'une poire de moyenne grosseur, mais allongée (comparable à un concombre).

Le 6 avril 1898, à propos d'un examen anthropométrique, nous voyons signalée une « *hernie inguino-scrotale droite* », et le 31 décembre 1901 « *grosse hernie* ».

Le malade étant depuis quelques mois déjà à la section des tramways, le major indique dans son rapport du 3 janvier 1902 : la *hernie* a grossi et nécessite le port d'un suspensoir ; et, le 20 mars 1902, la *hernie* a notablement grossi ; le malade, agité, enlève son suspensoir et *s'asseoit sur sa tumeur* qu'il peut faire basculer entre ses jambes.

Le 30 avril, le malade entre à l'asile principal, parce que sa tumeur l'empêche de marcher. Examinée à ce moment, la tumeur a le volume d'une tête d'un gros enfant à terme, elle est un peu allongée dans le sens vertical et semble pédiculée. Elle donne à la palpation superficielle une sensation de rénitence, et à la palpation profonde on a la perception d'une masse dure et bosselée.

On ne sent point d'anneau herniaire à l'orifice du canal

inguinal, et la toux provoquée n'augmente pas les dimensions de la tumeur. Nous pensons avoir affaire à une « *tumeur du testicule* », probablement *entourée d'une atmosphère liquide.* Aucune tentative de réduction n'est faite.

M. le professeur agrégé Imbert voit le malade le surlendemain.

Le 8 avril, une lettre est envoyée à la femme du malade, demandant l'autorisation d'opérer : cette autorisation est refusée à cause de l'âge du malade.

Le 5 mai, l'état du sujet s'aggrave ; il dépérit physiquement et mouille son lit.

Le 25 mai, la tumeur grossit, et en même temps s'installe une crise d'asystolie : œdème aux jambes, dyspnée intense, hyperesthésie généralisée en plus.

Le 27 mai, une seconde lettre est envoyée aux parents, demandant d'opérer d'urgence.

Le 28 mai, le malade est très affaibli, la tumeur se cyanose et menace de s'ulcérer au point qui est en contact avec le lit.

Le 29 mai, l'état physique est toujours mauvais ; le malade refuse toute nourriture et est très altéré.

Le 30 mai, le malade est opéré.

Opération. — Incision circulaire circonscrivant l'attache de la tumeur et ménageant le testicule opposé qui est accolé à sa face interne.

La peau est rapidement disséquée et la tumeur s'énuclée sans difficulté et presque sans hémorragie. Elle est nettement circonscrite et ne présente d'adhérence qu'au niveau du cordon qui est lié séparément.

Hémostase au catgut, sutures de la peau au crin de Florence, drainage. On met une sonde à demeure afin d'éviter l'infection de la plaie par l'urine.

Dans la journée, état général relativement bon, 38° ; bonne nuit.

Du 1er au 6 juin, le malade est calme, dort bien la nuit. Il est constipé volontairement avec de l'opium ; il garde son pansement intact.

Léger mouvement fébrile les trois premiers jours ; mais le sujet est plutôt assoupi, au point d'avoir indiqué l'emploi de stimulants diffusibles. Il refuse ses aliments, parle très peu, même à son fils qui vient le voir. Le 7 juin, lavement purgatif.

A partir de ce moment, la dépression, qui durait depuis environ un mois, fait place à de l'excitation : le malade s'agite, enlève à tout instant la sonde uréthrale laissée à demeure depuis l'opération, ne se laisse plus soigner docilement et crache tout ce qu'on lui donne, aliments et médicaments.

Du 11 au 30 juin, l'état physique redevient mauvais. Il est déprimé. De plus, on est obligé de le nourrir à la sonde œsophagienne et de lui administrer des toniques cardiaques et des toniques généraux.

A partir du 25 juin, le malade est descendu tous les jours dans la cour sur un fauteuil : il s'en laisse tomber à diverses reprises.

A partir du 30 juin, l'état général s'améliore ; le malade s'éveille peu à peu, parle de sa tumeur, dit « qu'elle ne lui appartenait pas, qu'on a bien fait de la lui enlever, et qu'il est content d'en être débarrassé. »

Dans le mois de juillet, il se laisse quelquefois tomber en se promenant dans la cour. Il mouille et gâte quelquefois la nuit.

Le 11 juillet, le 26 juillet et le 18 août, faiblesse générale avec congestion des bases, dyspnée et œdème des jambes dus à l'état du cœur, avec traces d'albumine dans l'urine qui nécessitent le repos au lit pendant quelques jours.

Le malade n'est descendu de l'infirmerie que le 24 août. Depuis, l'état des forces semble s'être légèrement amélioré et l'état d'esprit du malade est également un peu plus satisfaisant.

Le malade est mort subitement en octobre ; il a été impossible de faire l'autopsie.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée mesurait 25 centimètres de longueur sur 15 de largeur. Il s'agissait d'une énorme pachyvaginalite. La vaginale était épaissie et contenait à son intérieur des caillots, les uns blancs, les autres rouges et noirs, ainsi qu'une assez grande quantité d'un liquide sanguin Après écoulement de ce liquide, la pièce enlevée pesait 3 kilog. 500 grammes. Au milieu des caillots et de la fibrine se trouvait le testicule droit.

Cette observation est très intéressante à divers points de vue. Elle nous montre d'abord à quel volume énorme peut arriver une pachyvaginalite. La pathogénie en est assez obscure. On pourrait peut-être incriminer comme début, la localisation du rhumatisme sur la vaginale. Mais il est évident que les traumatismes auxquels ne pouvait échapper une tumeur aussi volumineuse ont été pour beaucoup dans l'augmentation assez rapide de son volume. Et cela d'autant plus que le malade était un hémophile, puisque depuis plusieurs années il présentait des taches de purpura.

Nous voyons également que le diagnostic avait toujours été hésitant. Au début on pensait à une hernie, et, au moment de l'opération, à une tumeur du testicule.

C'est à cause de ce diagnostic et aussi du volume de la tumeur, que l'on décida d'enlever en même temps le testicule. D'ailleurs sa recherche eût été impossible au milieu d'une telle masse.

A noter que l'opération ne modifia pas l'état mental du sujet.

Observation II

(Damalix et Caillette, avril 1888)

B... âgé de soixante et un ans, maître-jardinier. Etat de santé ordinairement bon.

Le malade raconte qu'en 1858, en faisant un effort, il a ressenti tout à coup une douleur vive dans la région inguinale droite.

Quelque temps après, il constata une légère augmentation de volume de la bourse du côté droit. Cette augmentation de volume, à part quelques changements insignifiants, est restée stationnaire et indolore pendant trente ans. Aussi le malade s'en préoccupait-il très peu et ne portait-il un suspensoir qu'à des intervalles éloignés.

Au mois de février 1888, à la suite de froissements prolongés des parties dans une voiture mal suspendue, la tumeur scrotale a doublé brusquement de volume et cette augmentation s'est accompagnée de douleurs qui disparurent au bout de quelques jours. A cette époque, la tumeur aurait atteint le volume d'une tête d'enfant. En même temps se produisit au-dessous de la verge une petite déchirure de la peau, par laquelle aurait coulé environ un demi-litre de liquide sanguinolent.

Le 6 avril, l'aspect des parties était le suivant:

Tumeur volumineuse de la région scrotale droite, du volume d'une tête d'enfant, indolore, non transparente, et d'une résistance égale dans toute son étendue, sauf à la partie externe tout près de l'anneau inguinal où se trouve une sorte

de poche enkystée, indépendante de la tumeur principale. Cette petite tumeur est située immédiatement sous la peau et manifestement fluctuante (bourse séreuse accidentelle).

La peau des bourses est tendue et lisse ; il n'existe aucune dilatation veineuse, aucun battement. La matité est absolue. Le diagnostic porté est « *Hématocèle vaginale* consécutive à une vaginalite chronique, et de date relativement récente ».

L'intervention décidée séance tenante consiste en une ponction en avant et en bas de la tumeur. Cette ponction avec un trocart à hydrocèle donne issue à 40 grammes environ d'un liquide sanguin, auquel succède aussitôt une masse noirâtre épaisse et ressemblant à du chocolat.

Le malade est chloroformé, et une longue incision est pratiquée sur la partie latérale droite de la collection sanguine.

La cavité est remplie d'une masse épaisse, de couleur chocolat, dont la partie périphérique condensée se confond avec la paroi fibreuse de la tunique vaginale.

Celle-ci mesure 6 millimètres d'épaisseur et est tapissée de fausses membranes dures ; en certains points même on trouve des noyaux pierreux. A la partie inférieure et postérieure de cette masse est enclavé le testicule.

La partie la plus liquide de ce sang coagulé est enlevée au moyen d'une grande cuillère. La quantité est de 1,500 gr.

La recherche du testicule et du cordon, perdus au milieu des fausses membranes et de la coque fibreuse, est difficile. Après avoir essayé vainement de pratiquer la décortication, je prends le parti de sacrifier le testicule.

Il reste alors la cavité de la bourse droite qui nous montre une ouverture béante d'une longueur de 25 centimètres. On place à la partie supérieure trois points de suture, et, après avoir gratté tout le fond de cette énorme cavité, celle-ci est remplie et bourrée de gaze iodoformée, après avoir été préa-

lablement lavée antiseptiquement, et débarrassée de tous les caillots sanguins qu'elle contenait.

Les suites de cette opération furent des plus simples. Le lendemain soir, le thermomètre marqua 38°5. On refit un lavage de la cavité avec une solution d'acide phénique à 5 pour 100 et un pansement semblable au premier fut réappliqué.

Ce fut la seule élévation thermique constatée.

Aujourd'hui, 20 avril, toute la partie supérieure de la plaie est réunie; il ne reste qu'une cavité pleine de bourgeons charnus de belle couleur et de bonne nature, occupant la partie inférieure des bourses.

L'état général est excellent et le malade peut se lever en soutenant ses bourses avec un suspensoir garni de coton salicylé.

L'examen du testicule, de l'épididyme et du canal déférent nous a montré une atrophie incomplète du testicule, mais une sclérose assez avancée de l'épididyme.

Le canal déférent est réduit aux dimensions minimes d'un fil de catgut n° 2 et les éléments vasculaires se perdent insensibles au milieu du tissu conjonctif qui entoure le cordon tout entier.

Enfin la recherche très minutieuse des spermatozoïdes nous a montré, une fois de plus, qu'en aucun point, ni dans l'épididyme, ni dans le canal déférent, il n'existait la moindre trace de ces éléments. Cette constatation, si importante à tous les points de vue, justifie donc amplement la décision que nous avions prise au cours de l'opération d'abandonner la décortication rendue presque impossible par l'adhérence intime du testicule avec la paroi fibreuse de la poche vaginale, et de pratiquer la castration qui, dans l'espèce, ne porte qu'un préjudice bien restreint à celui qui en a été l'objet.

Nous avons affaire ici à une pachyvaginalite typique. Depuis longtemps il existait une vaginalite dont la cause était inconnue, mais dont la première manifestation semble être apparue à la suite d'un effort. Et ce n'est qu'après trente ans que la tumeur augmente considérablement. Il est probable que, sous l'influence des chocs communiqués par la voiture, les vaisseaux des fausses membranes et de la vaginale se sont rompus, et que l'hémorragie a fait ainsi brusquement augmenter la tumeur.

En tous cas, la décortication fut jugée impossible à cause des adhérences. MM. Damalix et Caillette semblent, en outre, légitimer leur intervention par l'examen ultérieur de la pièce, qui démontra la sclérose des organes génitaux et l'absence des spermatozoïdes.

Observation III

(Osman Wacil, 1879)

X... (Guillaume) entre à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, le 22 mai 1878. Il est placé au n° 58 de la salle Saint-Eloi, dans le service de M. le professeur Dubrueil, suppléé par M. le docteur Grynfeltt.

Ce malade présente une tumeur volumineuse des bourses du côté droit. La tumeur est presque aussi grosse que les deux poings : elle mesure 12 centimètres dans l'axe vertical et 8 dans le sens transversal. Sa forme est sensiblement ovoïde, sa surface est unie. La peau n'est nullement modifiée ; sa couleur et sa température sont normales. Les différentes tuniques du scrotum sont mobiles et sans adhérence avec la tumeur.

La palpation donne une sensation non douteuse de fluc-

tuation. En soulevant la tumeur, on lui trouve un poids relativement plus considérable que celui des hydrocèles ordinaires. Plusieurs épreuves successives permirent de constater qu'elle n'était pas transparente. En interrogeant le malade, voici les renseignements que j'ai pu recueillir.

Il y a cinq ans environ, dans les premiers mois de l'année 1873, X... s'était aperçu que le testicule droit était plus volumineux que le testicule du côté gauche. Il n'éprouvait cependant dans cette région aucune douleur, mais une sensation de lourdeur et de poids assez gênante pendant le travail. La gêne occasionnée par la tumeur devenant de jour en jour plus grande, le malade consulta le médecin de sa localité. Après un examen attentif, une première ponction fut faite avec un trocart et donna issue à un liquide clair et transparent ; il s'agissait alors bien certainement d'une hydrocèle. La ponction ne fut pas suivie d'une injection iodée, le malade s'y étant opposé.

Le malade n'avait eu jusqu'alors aucun accident du côté des organes génitaux : pas de blennorragie, pas d'orchite, pas de syphilis, il n'avait reçu aucun coup sur cette région, rien qui pût expliquer l'origine de son hydrocèle.

Après la première ponction, le liquide ne tarda pas à se reproduire. La tumeur devint de nouveau gênante.

Désirant éviter les frais d'une nouvelle opération et instruit de ce qu'il y avait à faire, le malade se ponctionna lui-même avec une grosse épingle. A l'aide de pressions, il parvint à vider à peu près complètement sa tumeur. Ce résultat ne fut pas de longue durée : la récidive ne tarda pas à se produire,

La tumeur redevenant gênante, le malade eut recours au même procédé. A partir de cette époque, il se soumit à une ponction tous les trois mois. Cependant la reproduction constante du liquide après chaque ponction finit par effrayer le

malade sur la nature de son affection : il s'était soumis à quinze piqûres en quatre ans.

Plusieurs de ces opérations avaient été suivies de douleurs assez vives et d'inflammation manifeste. Les dernières ponctions surtout avaient été plus douloureuses que les premières et la reproduction du liquide avait été plus rapide. Il se décida à quitter son village pour venir dans les hôpitaux de Montpellier, le 22 mai 1878.

L'examen attentif du malade fut fait par M. le docteur Grynfeltt, et nous avons décrit au début de cette observation l'état de sa tumeur à son entrée à l'hôpital.

Le volume de la tumeur, sa forme régulièrement lisse et arrondie, la fluctuation évidente dont elle était le siège, les ponctions nombreuses auxquelles elle avait été soumise, ne permettaient pas de douter qu'il n'y eût un épanchement dans la tunique vaginale.

La transparence était le seul signe qui ne pouvait être constaté.

Mais l'ancienneté de l'hydrocèle, les poussées inflammatoires auxquelles la tumeur avait été soumise, pouvaient faire supposer l'existence d'un épaississement de la tunique vaginale. Cet épaississement expliquait suffisamment l'absence de transparence de l'hydrocèle. Le malade n'avait reçu aucun coup sur sa tumeur; le liquide recueilli avait toujours été transparent : rien ne pouvait faire diagnostiquer une hématocèle.

Le malade fut opéré le 5 juin par M. le docteur Grynfeltt.

La ponction permit d'extraire trois quarts de litre environ d'un liquide incolore un peu louche et présentant quelques points brillants dus à la cholestérine ; le liquide était fortement albumineux.

Après l'expulsion du liquide, la tumeur avait diminué de la moitié environ de son volume ; il restait un noyau profond d'induration.

Une injection iodée fut faite. Le lendemain il survint de l'inflammation, les bourses devinrent douloureuses et chaudes, l'épanchement reparut rapidement. Quelques jours après, l'épanchement diminua assez notablement. Mais ce mouvement de résorption fut bientôt enrayé et la tumeur resta stationnaire avec le volume du poing.

M. le professeur Dubrueil ayant repris son service examina le malade et pratiqua le 1er juillet une nouvelle ponction suivie d'une injection iodée. La ponction ne donna qu'un verre de liquide incolore un peu louche. Après l'expulsion du liquide il fut facile, comme après la dernière opération, de sentir une tumeur indurée et irrégulière.

Le 6 et le 7 juillet, les bourses redevinrent chaudes et douloureuses; le malade eut un petit frisson suivi d'une vive réaction fébrile.

La violence des accidents inflammatoires devint telle que le chirurgien crut nécessaire de faire une large incision sur les bourses pour donner issue à la suppuration. Un drain fut placé jusque dans la cavité de la tunique vaginale.

Des injections phéniquées furent faites deux fois par jour. La suppuration ne tarda pas à diminuer et le drain fut retiré. La fièvre, d'abord assez vive, disparut peu à peu. Les parois de l'incision se rapprochèrent, la tumeur augmenta de nouveau de volume assez rapidement : il s'était reformé du liquide dans le sac de l'hydrocèle. La température qui avait été de 40°2 était tombée à 39° et bientôt à 38°, et enfin à la température presque normale ; il y avait eu quelques frissons le soir.

La tuméfaction inflammatoire passée, il fut facile de constater l'épaississement considérable de la tunique vaginale. Il était difficile de se faire une idée exacte de l'état du testicule au milieu de ces indurations qui devaient nécessairement le cacher. Il s'était reformé, bien certainement, un épanchement

séro-purulent assez abondant. Le malade était revenu presque à son état normal.

M. Dubrueil résolut de le soumettre à une nouvelle opération plus radicale, à la castration.

Pour éviter la perte de sang pendant l'opération, le chirurgien se servit du thermocautère.

La peau fut largement incisée suivant la direction de la première incision sur les parties latérales des bourses. Les différentes enveloppes du testicule furent divisées; la tunique vaginale ayant été largement ouverte, il fut facile de voir qu'elle était considérablement épaissie. Au milieu des néomembranes qui recouvraient toute sa cavité, il était difficile de distinguer nettement le testicule; cet organe était enfoui avec l'épididyme au milieu d'une masse de tissus de nouvelle formation, il paraissait atrophié et aplati. La tunique vaginale présentait partout un épaississement considérable. La cavité était irrégulière, chagrinée, mamelonnée et d'une consistance variable dans différentes régions.

L'ouverture du sac avait laissé échapper un liquide séro-purulent *teinté de sang*. En présence de ces conditions, la castration fut pratiquée.

Dans une opération d'incision ou de décortication, le testicule fortement adhérent aux fauses membranes eût été certainement lésé, il y eût eu un écoulement de sang très abondant, et les suites de l'opération eussent pu être mauvaises.

Etant donnés les accidents imflammatoires qui avaient suivi les premières opérations, il était à prévoir que la décortication serait suivie d'une réaction inflammatoire dont la violence eût été en rapport avec les difficultés de l'énucléation; la castration, opération bien plus simple dans ses résultats, était dès lors une opération préférable, étant donnée l'impossibilité de conserver le testicule dans des conditions

suffisantes d'intégrité pour qu'il pût être utile au malade. Du reste le testicule gauche, qui était, chez le malade, parfaitement sain, pouvait suffire à l'accomplissement de la fonction génératrice.

La tumeur et le cordon furent facilement disséqués de leurs adhérences aux enveloppes scrotales.

Le thermo cautère, chauffé au rouge sombre, put servir à la dissection des tissus.

Le cordon fut lié en plusieurs faisceaux et coupé de la même manière.

La plaie fut soigneusement lavée avec de l'eau phéniquée et les lèvres de l'incision furent rapprochées sans être réunies.

Un peu de charpie fut interposée entre les lèvres de la plaie et le tout fut recouvert d'un linge cératé.

Le malade, un peu pâle après l'opération, ne tarda pas à se réchauffer ; le soir de l'opération, le 19 juillet, le thermomètre marquait 38°4.

Le 20 juillet, la température du matin était de 38'4 ; le soir, elle s'élève à 40°1 ; le malade éprouve une assez grande chaleur. La plaie n'est pas très douloureuse ; il n'existe ni une rougeur vive, ni une chaleur locale exagérée. On pratique plusieurs fois par jour des lotions phéniquées.

Le 21, 39°1 le matin, 38° le soir. Le malade demande à manger; on lui donne seulement un potage de plus dans la journée.

Le 22, 37°4 matin et soir. L'état général est bon et l'état de la plaie aussi satisfaisant que possible ; la suppuration s'est rétablie.

On donne au malade une alimentation légère, un peu de vin.

Le 23, 37° le soir.

Le 24, malaise, 38° le matin.

La suppuration est très abondante ; on fait au malade des

lotions phéniquées, rien ne s'oppose plus à l'écoulement du pus. Le soir, la température a baissé, elle n'est plus que de 37°4.

Le 25, la suppuration est encore très abondante et assez fétide ; on fait des injections phéniquées plusieurs fois par jour ; un drain placé au fond de la plaie permet de la nettoyer aussi bien que possible.

Le 26, la suppuration diminue, la température redevient normale, le malade reprend son appétit.

Le 28, les bourgeons charnus apparaissent, la suppuration est presque nulle.

Les lèvres de la plaie se rapprochent peu à peu, la guérison est complète dans les premiers jours du mois d'août.

L'examen de la tumeur après l'opération montra que la tunique vaginale était épaissie sur toute son étendue.

Sur plusieurs coupes, son épaisseur était d'un centimètre sur certains points et sur d'autres elle atteignait même deux centimètres.

Le testicule et l'épididyme étaient presque entièrement enfouis au milieu de tissus de nouvelle formation.

La structure du tissu qui recouvrait la face interne de la tunique vaginale était celle du tissu conjonctif de nouvelle formation.

Différentes couches de néomembranes semblaient s'être superposées, on voyait entre elles quelques petites ecchymoses.

Le testicule était évidemment comprimé et atrophié; une coupe de cet organe montrait qu'il était complètement anémié.

Voilà donc une hydrocèle transformée en pachyvaginalite par des ponctions répétées, amenant même parfois des poussées inflammatoires aiguës.

Presque jusqu'à la fin l'épanchement sanguin a manqué, et ce n'est qu'à l'intervention définitive que l'on a trouvé un peu de sang mêlé à un liquide muco-purulent. C'est bien une preuve que les fausses membranes ne sont pas formées par des caillots sanguins. On remarqua en outre quelques petites ecchymoses entre les couches de néomembranes.

Dans ce cas particulier, les ponctions, en plus de la pachyvaginalite, produisirent une infection de la poche.

La décortication fut jugée impossible, d'abord à cause des adhérences qui entouraient les organes génitaux ; on craignit aussi une réaction inflammatoire consécutive trop violente. Quant au mode opératoire, il est évident qu'à cette époque il était conseillé par la prudence. Mais de nos jours, où l'asepsie rigoureuse et l'hémostase parfaite sont de mise dans toutes les opérations, le bistouri serait préférable au thermocautère, et l'on pourrait chercher à obtenir une réunion par première intention.

Nous constatons la réussite de l'intervention.

Comme dans le cas précédent, l'examen ultérieur de la pièce montra que la pachyvaginalite avait étouffé la vitalité du testicule.

Observation IV

(Démons et Bégouin, 1898)

F... (Pierre), cinquante ans, fumiste, entre le 15 février 1897 dans notre service pour une tumeur du scrotum.

Rien à signaler dans son passé. A la fin de décembre 1896, cet homme remarqua que ses bourses augmentaient de volume, en même temps que son cordon droit, au niveau duquel il ressentait des douleurs de tiraillements qui rendaient tout travail pénible.

Jamais il n'eut de fièvre; sa santé générale était restée bonne.

Lorsque nous l'examinons, le côté droit de ses bourses est distendu par une tumeur qui a le volume d'une grosse orange; sur son côté gauche, on aperçoit une saillie ovulaire, c'est le testicule gauche sain.

La tumeur est sphérique en avant, mais en arrière elle présente une saillie comme une côte de melon. Toute sa partie antérieure, de surface régulière, est fluctuante. La partie postérieure est solide, bosselée, et donne tout à fait l'impression de l'épididymite tuberculeuse. Le cordon est, à sa partie inférieure, confondu avec l'épididyme, et plus haut il s'en dégage volumineux et bosselé.

La sensibilité testiculaire est conservée dans cette masse solide, à la partie supérieure de la tumeur.

Nulle part il n'y a transparence, il n'y a pas non plus de réductibilité. On ne trouve rien ailleurs, ni dans l'appareil urinaire, ni dans le reste de l'organisme.

Le diagnostic de « *Tuberculose probable du testicule avec hématocèle* » fut porté, et la castration fut pratiquée le 25 février.

L'examen des pièces nous montre que la partie fluctuante de la tumeur était constituée par une accumulation de liquide hématique dans la vaginale épaissie; ce testicule était atteint de tuberculose ainsi que l'épididyme et aussi le cordon qui formait une masse comme lardacée. Le diagnostic de tuberculose, probable à l'examen macroscopique, fut confirmé par l'examen histologique fait au laboratoire de M. le professeur agrégé Sabrazès.

Quant à la vaginale distendue, elle remontait en haut le long du cordon, et par les adhérences que la surface externe avait, par place, contractées avec lui, elle présentait des dépressions de sa surface interne, vrais diverticules qui avaient

contribué à donner à la partie postérieure de la tumeur la surface bosselée qu'on avait constatée.

Nous retiendrons de cette observation d'abord ce fait que la tumeur, dans la pachyvaginalite, n'est pas toujours régulière. Elle peut présenter des diverticules qui donnent à l'extérieur la sensation de bosselures.

Nous ferons également remarquer quelle fut la cause de cette vaginalite. Le testicule était tuberculeux : ce diagnostic, posé avant l'opération, fut reconnu exact à l'examen histologique.

Bien entendu, vu l'état du testicule, la castration était bien légitime.

Observation V

(Reclus)

Il s'agit d'un blanchisseur de cinquante et un ans qui nous arrive pour une tumeur volumineuse des bourses ; le scrotum est irrégulier, soulevé par des bosselures dont les unes sont dures et les autres presque fluctuantes ; nous hésitions entre un *sarcome* et une *pachyvaginalite*, et nous pratiquons la castration : l'épididyme est le siège de noyaux abcédés, le testicule est parsemé de granulations ; la vaginale distendue par un liquide d'un brun chocolat est très épaissie ; elle mesure en certains points plus d'un centimètre et montre une série de fausses membranes stratifiées entre lesquelles on trouve des foyers ramollis. L'examen bactériologique et les inoculations y accusent l'existence de bacilles.

Ce cas ressemble beaucoup au précédent. Nous avons en effet affaire à une tumeur bosselée, à ce point même que l'on hésitait entre un sarcome et une pachyvaginalite.

L'opération montra qu'il y avait pachyvaginalite, et qu'elle était due à une tuberculose de l'épididyme et du testicule.

Comme pour le cas précédent, castration nécessitée par cette tuberculose des organes.

Observation VI

(Tédenat, 1884)

Hémotocèle vaginale chez un syphilitique. — Petit nodule gommeux occupant le quart supérieur de l'épididyme. — Induration modérée du testicule. — Excision partielle avec raclage. — Guérison.

Pierre Jug..., soixante-cinq ans, employé de commerce.

Lymphatique, constitution bonne, complexion moyenne.

Blennorragie à vingt ans; guérit en deux mois sans complication.

Syphilis à trente-six ans, régulièrement traitée pendant deux ans et demi.

Pas de rhumatismes.

Le malade me consulta, le 10 mars 1884, pour une tuméfaction de sa bourse droite. Elle avait attiré son attention il y a huit à dix mois; elle avait alors le volume d'un œuf de poule. Etant indolore, elle a peu préoccupé le malade qui s'est contenté de frictions mercurielles sur l'organe malade et d'un suspensoir.

Quand je vis P. J..., la tumeur ovoïde, lisse, tendue, fluctuant mal, avait le volume d'un petit poingt de femme. Sensation testiculaire imparfaitement ressentie quand la pression était exercée en bas et en arrière. Opacité complète.

Je pensais à une *hydrocèle à parois épaissies et à liquide trouble* et refusai de pratiquer l'injection iodée qu'un médecin avait conseillée.

Le malade voulut attendre et fut traité par l'iodure de potassium (3 gr. par jour). Il vint me voir au bout d'un mois. Son état n'avait pas changé; il acceptait l'incision.

Le 15 avril, anesthésie chloroformique. Incision antéro-externe sur toute la longueur de la tumeur. Incision de la vaginale d'où s'échappe un grand verre de liquide roux foncé. Le feuillet pariétal de la séreuse est épaissi et présente un plaquage irrégulier de stratifications hématiques avec quelques petits caillots sanguins disséminés.

Sur le testicule, quelques végétations rouges, molles, faciles à faire saigner. Râclage du feuillet pariétal jusqu'à disparition complète des stratifications hématiques. Suintement sanguin abondant. Sur le testicule et l'épididyme, je me sers de l'éponge sèche et de l'ongle. Je constate la présence d'un nodule dur, légèrement saillant, occupant le quart supérieur de l'épididyme. Le testicule un peu tuméfié, de consistance ferme, présente un plaquage en mosaïque superficiel. J'excise de chaque côté de l'incision une languette de la tunique vaginale et, le suintement sanguin étant arrêté, la cavité séreuse bien lavée, je mets six points de suture au catgut chromiqué sur la vaginale, avec un drain gros et court dans la partie inférieure.

Sept points de suture pour la peau. Poudrage avec l'iodoforme. Collerette de gaze iodoformée, disposée autour du drain. Pansement antiseptique très soigné.

Le 18 avril, le malade n'a pas souffert. La température maxima a été de 37°9. Suintement séreux modéré. Injections sous douce pression par le drain. Pas de pus, pas de sang. Drain enlevé, même pansement.

Le 21 avril, ablation des sutures superficielles. Tuméfaction modérée; pas de pus. Sur une hauteur de 15 millimètres, à la place du drain, surface granuleuse de bon aspect. Gaze iodoformée avec suspensoir.

Le 30 avril, guérison avec un peu d'empâtement indolore.

Le malade est soumis au traitement mixte (1 centigr. de bi-iodure d'hydrargyre, 3 gr. iodure de potassium).

Au mois de juin 1884, le testicule et l'épididyme me parurent avoir récupéré leur état normal.

Cette observation est intéressante d'abord comme exemple de pachyvaginalite consécutive à de la syphilis du testicule, et aussi à cause de l'échec du traitement spécifique.

Observation VII

(Polaillon 1884)

Enorme hématocèle de la tunique vaginale.—Excision de la poche; castration. Guérison.

S... (Jean), cinquante-sept ans, vitrier, entra, le 9 juin 1884, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Polaillon.

Le malade ne donne que des renseignements très incomplets sur ses parents. Il raconte que son père est mort à soixante-quinze ans. Quant à sa mère, il ignore ce qu'elle est devenue.

Il a eu dans sa vie une fièvre typhoïde. A part cette maladie il a toujours joui d'une excellente santé.

Il y a deux ans, il a reçu une violente contusion dans l'aîne gauche, pendant qu'il portait une caisse de verre. Il attribue à cet accident l'origine de sa tumeur.

Le scrotum se gonfla peu à peu, sans être très douloureux et sans empêcher l'exercice de sa profession. C'est seulement depuis quinze jours que le volume des bourses est devenu assez considérable pour obliger le malade à rester couché et à cesser de travailler.

Son facies est pâle, cachectique. Depuis longtemps le

malade digère mal, mange peu, tousse, maigrit ; mais il ne présente rien d'anormal à la poitrine. Il n'a pas d'ascite ni d'œdème aux membres inférieurs. L'auscultation du cœur révèle un léger souffle au premier temps et à la pointe.

Le scrotum est le siège d'une énorme tumeur arrondie, mesurant 58 centimètres de circonférence. Une hernie inguinale gauche, volumineuse, réductible, coiffe la tumeur et semble se confondre avec elle. Le malade s'est aperçu de cette hernie après la contusion du scrotum que nous avons signalée plus haut. Il portait un bandage, mais il a dû l'abandonner à cause du développement des bourses.

La peau des bourses est violacée, fortement tendue, lisse, sillonnée par des veines volumineuses. La pression est assez douloureuse, mais il n'y a pas ou presque pas de douleurs spontanées. C'est le poids de cette tumeur et la gêne qu'elle occasionne qui poussent le malade à réclamer une intervention chirurgicale.

Par la palpation, on découvre que le testicule droit est situé un peu au-dessous de l'anneau inguinal du même côté, et qu'il paraît sain. Quant au testicule gauche, il est impossible de le reconnaître au milieu de la masse morbide.

En explorant le pédicule de la tumeur, on en sépare complètement la hernie qui se réduit facilement, et on peut introduire le doigt dans le canal inguinal qui est très élargi. On constate en même temps que le cordon spermatique gauche est énorme et que les vaisseaux, dont on sent les battements, ont pris un développement extraordinaire.

La consistance de la tumeur est uniforme, sans bosselures, élastique, fluctuante ; mais la fluctuation est profonde, difficile à séparer du phénomène d'élasticité. Point de transparence. La miction se fait normalement. Au dire du malade, les fonctions génitales sont abolies depuis assez longtemps.

M. Polaillon pose le diagnostic d' « *hématocèle de la tuni-*

que vaginale », mais avec quelques réserves au point de vue de l'existence d'une tumeur de mauvaise nature constituant un hydro sarcocèle. En effet, la maigreur et le faciès cachectique du malade commandent de ne pas se prononcer d'une façon absolue.

Le 12 juin, ponction exploratrice avec l'appareil de M. Potain. Le trocart donne issue à un liquide épais, de couleur chocolat, contenant des paillettes brillantes et une pulpe brunâtre formée par des grumeaux de fibrine coagulée comme on en rencontre dans les anciens foyers hémorragiques.

L'examen microscopique, pratiqué aussitôt, fait reconnaître la nature sanguine de ce liquide.

Le diagnostic d'hématocèle est alors pleinement confirmé. Après la ponction et le retrait du trocart, on voit du liquide sanglant s'écouler goutte à goutte. Cet écoulement persiste toute la journée. En même temps le malade éprouve quelques douleurs et ressent du malaise.

Craignant qu'il ne se produise quelque inflammation putride dans cette vaste poche, M. Polaillon se décide à pratiquer l'opération le lendemain de la ponction.

Le 12 juin, le patient est chloroformisé.

M. Polaillon circonscrit sur la peau du scrotum une large tranche par deux incisions curvilignes, pratiquées d'avant en arrière avec le thermocautère.

La peau et les tissus sous-jacents sont si vasculaires qu'il faut appliquer de nombreuses pinces hémostatiques. La poche est alors disséquée en remontant vers la racine des bourses, puis ouverte avec le bistouri.

Immédiatement une grande quantité de liquide rougeâtre et de matière fibrineuse en grumeaux fait irruption.

Après avoir constaté que les fausses membranes sont très épaisses, dures, et qu'elles emprisonnent le testicule dans un point qu'il n'est pas facile de déterminer, M. Polaillon juge

que la décortication est impraticable sans produire de graves lésions sur cet organe.

Considérant, en outre, qu'il a affaire à un homme qui n'est plus jeune (57 ans), il se détermine à faire la castration.

Le cordon spermatique possédait au moins le volume d'un intestin grêle distendu. Il fut traversé avec un fil double en soie phéniquée, et lié en deux faisceaux. Une autre ligature en masse fut appliquée au même niveau. Puis, le cordon fut coupé à 1 centimètre au-dessus de ces ligatures. Par mesure de prudence, trois grosses artères, dont on voyait le calibre béant sur la section du cordon, furent liées avec un fil de catgut. La plaie opératoire fut exactement lavée avec de l'eau phéniquée au 1/20e. Suture avec des fils d'argent. Etablissement de deux gros drains. Pansement de Lister.

Le 13 juin, T. 38°9 le matin ; P. 108. L'opéré n'a pu uriner. Cathétérisme de l'urèthre. Le pansement est renouvelé sous le spray. 10 cg. de sulfate de quinine toutes les deux heures. — T. 38°9 le soir.

Le 14 juin, la nuit a été bonne. La température tombe à 37°2. Depuis ce jour, la température tombe à la normale.

Le 15 juin, le pansement est renouvelé. La réunion par première intention est obtenue dans une grande partie de la plaie.

Le 16 juin, pansement. Ablation de trois points de suture.

Les 17 et 22 juin, les autres points de suture sont enlevés. La plaie suppure un peu à la partie supérieure de l'incision, près du cordon.

Le 22 juin, état général très satisfaisant. L'opéré se lève et passe une partie de la journée au jardin.

Le 16 juillet, évacuation du malade à la maison de convalescence de Vincennes. Les érections, qui ne se produisaient plus depuis plusieurs mois, sont revenues.

Examen de la pièce. — La paroi de l'hématocèle mesure jusqu'à 3 centimètres d'épaisseur. Les fausses membranes qui la composent se séparent facilement en trois ou quatre feuillets. Le testicule était fixé à la partie supérieure et externe de la poche. Il était environné de toutes parts par des fausses membranes épaisses, très dures, et qui auraient rendu la décortication impraticable.

Le 6 août, les bourses ont actuellement leur volume normal. On voit sur leur partie antérieure une cicatrice linéaire se terminant en haut par une cicatrice déprimée. C'est dans ce dernier point que la plaie a suppuré pendant environ trois semaines. La hernie inguinale gauche est facilement maintenue par un bandage. Le testicule droit est volumineux ; la perte de son voisin semble lui avoir donné une nouvelle activité fonctionnelle.

Ce résultat est à noter en faveur de la castration. Comme étiologie, peut-être dans ce cas pourrait-on incriminer les traumatismes répétés produits par la hernie volumineuse qu'avait le sujet.

CONCLUSIONS

Nous croyons maintenant être arrivé à justifier le titre de notre travail : l'hématocèle est avant tout une vaginalite ; le terme de Reclus, pachyvaginalite, doit être substitué à l'ancienne dénomination.

Nous maintenons la division ancienne en pachyvaginalites secondaires et pachyvaginalites primitives, mais nous donnons un autre sens à ces qualificatifs : *secondaires*, quand la lésion de la vaginale est soit l'extension d'une lésion des organes voisins, que cette lésion soit traumatique ou infectieuse, soit une localisation secondaire d'une lésion d'un autre appareil ; et *primitives*, quand l'infection ou le traumatisme ont amené directement l'inflammation de la vaginale.

On nous reprochera peut-être de ne pas appuyer ce terme de primitives d'assez de preuves. Nous répondrons à cette critique en disant que nous avons voulu émettre seulement une hypothèse, qui au moins a le mérite d'expliquer les faits.

Comme dernière conclusion, nous dirons que le traitement de la pachyvaginalite se tire de l'état des adhérences de la vaginale avec le testicule.

Rejeter toujours la simple ponction, faire d'emblée l'incision, tenter la décortication, et, si elle est trop pénible ou même

impossible, enlever le testicule, voilà, il nous semble, la marche à suivre.

Adhérences trop intimes des fausses membranes avec le testicule, disparition de ce dernier au milieu du tissu fibreux, poche très vaste, telles sont les indications de la castration dans la pachyvaginalite. Nous la rejetterons donc dans le cas de sclérose de l'organe, si la décortication peut se faire, aimant mieux laisser au malade une illusion de testicule que de risquer de le priver d'un organe de l'utilité duquel nous ne pouvons pas pleinement juger.

BIBLIOGRAPHIE

Andérodias. — Hématocèle de la tunique vaginale avec diverticulum (Journal de médecine de Bordeaux, 7 février 1897).

Bégouin. — Pachyvaginalite bosselée à diverticules (J. méd. Bord., 24 janv. 1897).

Biaille de Langibaudière. — Hématocèle vaginale traumatique (Th. Paris, 1894-95).

Boullet. — Anatomie, physiologie pathologique et traitement de l'hématocèle de la tunique vaginale (Th. Paris, 1869).

Camelot. — Traitement de l'hématocèle vaginale (J. des sc. méd. de Lille, 25 juin 1898).

Carayanopoulo. — Quelques mots sur l'hydrocèle et l'hématocèle avec épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale et de leur traitement par le drainage (Th. Paris, 1868).

Cloquet. — De l'hématocèle vaginale (Th. Paris, 1846).

Curling. — Traité des maladies du testicule, du cordon spermatique et du scrotum.

Damalix et Caillette. — Hématocèle vaginale; castration (Bull. Soc. anat., 1888).

Delbet et Le Dentu. — Traité de chirurgie, 9e vol.

Le Dentu. — Les vaginalites plastiques; hématocèles du scrotum (Gaz. des hôp., 1891).

Démons et Bégouin. — Pachyvaginalite multiloculaire (Revue de chir., 1898).

Donnay. — Hématocèle de la tunique vaginale et de ses complications à la suite de ponctions exploratrices (Th. Paris, 1877).

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, t. VII.

Duplay. — Vaginalite chronique (Bull. médic., 1896).

Duret. — Hématocèle et excision (J. des sc. méd. de Lille, 1891).
Forgue et Reclus. — Thérapeutique chirurgicale.
Francon. — Hématocèle vaginale consécutive à la vaginalite (Th. Paris, 1877).
Galletier. — Hématocèle vaginale (Th. Paris, 1886-87).
Goldmann. — Tuberculose de la tunique vaginale (Sem. médic., 1895).
Gosselin. — Recherches sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle ou l'hématocèle et sur son traitement (Arch. génér. de méd., 1851).
— Traitement de l'hématocèle (Arch. gén. de méd., 1885).
Guillon. — Hématocèle vaginale (Th. Paris, 1877).
Hunter. — Œuvres complètes.
Jamain. — Hématocèle du scrotum (Th. d'agrégation, 1853).
Lannelongue. — Art. Hématocèle (Dict. méd. et chir. prat.).
Lorthioir. — Hématocèle volumineuse traumatique de la vaginale (Annales Soc. belge chir., 1896).
Le Mouiet. — Hématocèle vaginale avec corps étrangers de la tunique vaginale (Bull. Soc. sc. de l'Ouest, 1896).
Monod et Terrillon. — Traité des maladies du testicule et de ses annexes.
Osman Wacil. — Hydrocèle vaginale, ses rapports avec l'hématocèle spontanée ; son traitement (Th. Paris, 1879).
D'Œlsnitz. — Pachyvaginalite syphilitique (Th. Paris, 1886).
Polaillon. — Bull. Soc. chir., 1884.
Potel. — Comparaison des symptômes de l'hydrocèle et de l'hématocèle de la tunique vaginale et du cancer encéphaloïde du testicule (Th. Paris, 1879).
Poulet et Bousquet. — Pathol. ext. t. III.
Poulin. — Atrophies viscérales consécutives (Th. Paris, 1881).
Reclus. — Gazette hebdomadaire, 1886.
— Dict. encyclopédique, 1887.
Roustan. — Traitement de l'hématocèle par la méthode de Wolkmann (Montpellier médical, 1884).
Sébileau (Pierre). — Situation du testicule dans l'hydro-hématocèle de la tunique vaginale (Presse médic., 1898).
— Diagnostic et traitement de l'hydro-hématocèle vaginale. — Leçons de chirurgie, 1899.
Simmon Deustch. Zeitschr. f. Chir., 1883.

Tédenat. — Maladies du testicule (Montpellier médical, 1881).
— Mémoires de chirurgie, 1885.
Terrillon et Schwartz. — Contribution expérimentale à l'étude de la pathogénie de la vaginalite (Gaz. méd. de Paris, 1879).
Tuffier. — Virulence du liquide de l'hydrocèle symptomatique de la tuberculose testiculaire (Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1891).
Villar. — Hématocèle et sarcome de la tunique vaginale (Journ. de médecine de Bordeaux, 1896).

Vu et approuvé :

Montpellier, le 11 novembre 1902.
Pour le Doyen,
L'Assesseur,

FORGUE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 12 novembre 1902.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

VIGIÉ.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

DANS LA GROSSESSE

TRAITEMENT